

ÉTHIQUE et POLITIQUE Institut

**Les aspects économiques
de « l'aide à mourir »**

Etude de l'IEP - mars 2025

**Les aspects économiques
de « l'aide à mourir »**

Entre conflit d'intérêt et risque d'utilitarisme de la vie humaine

**Une étude réalisée par
Laurent Aventin, économiste de la santé – PhD**

Mars 2025

Table des matières

Résumé.....	3
1 - Contexte et justification de la question des coûts sur les politiques de fin de vie	5
2 - Rappel des étapes historiques d'une proposition de loi française sur l'aide à mourir	6
3 - L'aide à mourir, un projet de loi interrompu en 2024 et reporté en 2025.....	8
4 - Qu'entend-on par « aspects économiques » de l'aide à mourir ?	9
5 - Quelques fausses informations économiques circulant sur le coût de la fin de vie.....	11
6 - Ce que disent les études économiques sur le coût de la fin de vie.....	12
7 - De l'intérêt non dissimulé des mutuelles santé pour une loi euthanasique	17
8- Un projet de loi qui arrive à point nommé : trop de personnes âgées et un déficit record de la Sécurité sociale	19
9- Euthanasier les « non-productifs », une conséquence programmée de la loi ?	20
10 - De l'euthanasie libérale à l'euthanasie rentable	23
11 - La T2A ou la tarification à l'acte qui ne joue pas toujours en faveur des soins palliatifs.....	30
12- Le renforcement des soins palliatifs, une priorité négligée	31
13- Quelles solutions proposer en conciliant santé publique, dignité humaine et contraintes budgétaires ?.....	33

Résumé

Le projet de loi Falorni sur « l'aide à mourir », interrompu en juin 2024, devrait revenir au Parlement au 1er trimestre 2025. Dans les médias, on constate un déni des questions économiques liées à l'euthanasie et au suicide assisté au profit exclusif de notions philosophiques et émotionnelles.

Il n'est en revanche pas exact d'affirmer que les 2/3 des dépenses de santé dans la vie d'une personne surviennent au cours de sa dernière année de vie. Les études montrent qu'en moyenne, les dépenses annuelles des personnes en fin de vie – soit 1 % de la population – représentent 9 à 12% des dépenses totales de santé (soit environ 26 000€/patient). Un patient atteint de maladie chronique ou d'une longue maladie « coûte » souvent bien plus à la collectivité que la dernière année de vie d'un senior. Le contrat social français, et d'autres pays occidentaux, ne consiste-il pas à répartir le risque pour couvrir les dépenses des malades ? c'est le principe de la mutualisation du risque et de la couverture universelle.

Lorsque l'on constate que l'expérience euthanasique ou du suicide assisté au Canada, aux Pays-Bas, en Belgique ou aux Etats Unis s'est élargie à une assiette de bénéficiaires dont le pronostic vital n'est pas engagé, on constate aussi que les couches socio-économiques les plus défavorisées sont surreprésentées. Si les indicateurs ne semblent pas toujours précis pour identifier les motifs des candidats à l'euthanasie, les témoignages font souvent état de problèmes financiers dans la décision.

Ainsi, la mort peut être administrée à des personnes qui ont besoin d'une aide humaine et financière, pas d'une euthanasie. Ces dérives ne sont pas correctement analysées ni notifiées en raison notamment d'un manque de contrôle, de la rapidité des procédures et surtout d'un déni de réalité. Les personnes les plus fragiles sont également celles qui bénéficient d'une aide de l'Etat : allocation handicap, allocation logement, allocation emploi, pension de retraite...

Il n'existe pas d'études faisant état des économies budgétaires réalisées par l'Etat grâce aux politiques euthanasiques ; économies potentiellement bien plus importantes que les frais de santé de la dernière année de vie, surtout si ces dépenses courent sur des années de vie voire des décennies (ie : personnes handicapées, allocation personnalisée d'autonomie, allocations familiales...). Des études devraient être réalisées avant que toute décision puisse être prise par le législateur. Cela n'a pas été fait. Le risque de conflit d'intérêt est grave autant qu'il est élevé, particulièrement dans le contexte budgétaire français.

Le déficit de la Sécurité sociale est reparti en forte hausse depuis 2023, le dossier du financement des retraites a fait sauter plus d'un gouvernement, en 2024 l'enveloppe consacrée aux personnes âgées (dépendance) approche les 28 milliards d'euros. Enfin, il va manquer 110 000 places en Ehpad dans les 5 ans à venir et la population vieillit.

On peut légitimement se poser la question d'un conflit d'intérêt pour le législateur français puisque les politiques d'aide à mourir s'inscrivent potentiellement comme un régulateur des dépenses budgétaires par l'élimination des plus vulnérables, c'est-à-dire ceux qui sont le plus à charge de l'Etat providence.

Miser sur l'euthanasie, qui aujourd'hui représente dans certaines régions des Pays Bas ou du Québec 15% des causes de décès, n'est-il pas un moyen de réduire sans contestation les dépenses de nos politiques sociales par ailleurs intouchables ?

L'approche en soins palliatifs inclut uniquement les personnes en fin de vie, elle ne peut pas dégager des économies budgétaires comparables à celles de l'euthanasie ou du suicide assisté.

Les politiques de développement des soins palliatifs n'ont pas été correctement appuyées ni financées en France depuis 30 ans d'après le rapport de la Cour des comptes 2023. Seuls 2% des médecins ont été formés aux soins palliatifs et 21 départements n'ont toujours pas de service dédié. Il manque des lits et du personnel qualifié. La nouvelle programmation décennale 2025-2034 du financement des soins palliatifs avec 1,1 milliard d'euros ne permettra pas un renforcement suffisant du secteur. Le sentiment d'un manque de volonté politique persiste au profit d'une recherche d'économies budgétaires facile à activer. La préoccupation des citoyens – la prise en charge de la douleur – n'est pas prise en considération. Dans le projet de loi, les soins palliatifs ne servent-ils pas d'arrimage à l'euthanasie et au suicide assisté ? L'euthanasie n'est pas un « soin » et ne peut être considérée comme une complémentarité des soins palliatifs.

1 - Contexte et justification de la question des coûts sur les politiques de fin de vie

En France, comme dans la majeure partie des pays occidentaux, le vieillissement de la population est un phénomène qui affecte les équilibres économiques en modifiant notamment les proportions de personnes actives face à celles qui ne le sont plus. La question démographique est aussi une question économique parce qu'elle impacte directement le modèle économique et la richesse d'un pays. L'affaiblissement des taux de fécondité en dessous du seuil de renouvellement de la population (2,1 enfants par femme) et l'allongement de l'espérance de vie représentent deux facteurs majeurs des bouleversements auxquels la France n'a pas su s'adapter sur les 30 dernières années.

Selon l'OMS, les plus de 60 ans vont passer de 12 à 22% de la population mondiale entre 2015 et 2050¹. Entre 2000 et 2030 en France, cette même population passera de 12 à 20 millions de personnes et la proportion des plus de 85 ans devrait pratiquement doubler passant de 1,3 à 2,5 millions.

La France est confrontée à deux graves crises budgétaires : celle du financement des retraites dont le dossier est conflictuel depuis de nombreuses années et dont l'actualité rappelle que le problème est loin d'être résolu. C'est un facteur de division : en 2024 et 2025 les gouvernements successifs en font les frais. Le second dossier épineux est celui du déficit de la sécurité sociale qui repart en forte hausse dès 2023 alors qu'il semblait maîtrisé après les fortes dépenses engagées dans la crise contre Covid.

Ces deux dossiers sont fortement corrélés à la question des dépenses de santé et de la fin de vie, le premier parce que les personnes âgées et inactives sont de plus en plus nombreuses et que le financement des retraites s'en trouve affecté, renforcé par des taux de chômage élevés et une forte inflation des prix en 2023-2024. Le second parce que les dépenses de santé des personnes âgées sont plus élevées que celles de la moyenne des français pour la raison évidente des effets de l'âge.

On pourrait ajouter à cela le manque de places en Ehpad (110 000 places manquantes dans les 5 ans à venir en France) et la fragilité économique du modèle des Ehpad qui ont été pour beaucoup déficitaires en 2023 et 2024. 85% des établissements publics du secteur médico-social et 2/3 des établissements privés associatifs affichent un déficit comptable. Le secteur est sinistré.

L'Ehpad – pour ceux qui en font le choix – est le dernier établissement avant le décès car il accueille les personnes dépendantes et en fin de vie (l'espérance de vie moyenne après l'entrée en Ehpad est d'environ 2 ans et demi et l'âge moyen d'entrée est de 85 ans²).

¹ OMS. Vieillesse et santé. www.who.int, 1^{er} octobre 2024.

² Clémence. Espérance de vie en EHPAD : Combien de temps vit-on en maison de retraite ? www.annuaire-retraite.com, 16 février 2024.

La question du coût de la fin de vie est à la croisée de ces problématiques budgétaires majeures que les gouvernements successifs peinent à résoudre. Comme l'énonce Delande, « la recherche de la plus grande longévité semble devoir continuer à s'imposer comme l'une des finalités incontestées de nos sociétés ; dès lors, cette idéalisation de la longévité – qui flirte quelque peu avec le transhumanisme – explique l'hostilité, et même la réprobation, exprimée par le corps social à toute évocation de la dimension économique de la santé et, a fortiori, de la vie ; et la réaction de l'opinion publique est encore plus marquée lorsqu'on tente d'opérer un rapprochement entre contraintes économiques et fin de vie³ ». C'est pourtant une réalité concrète qui n'est jamais exclue des politiques budgétaires nationales.

Il pourrait y avoir une critique d'évitement à ne pas vouloir faire face à ces questions, elles sont pourtant essentielles car c'est la disponibilité des moyens qui permet la mise en œuvre d'une politique.

L'erreur serait de formuler un rejet de la question du financement de la fin de vie, de le bannir des discours alors que ce point est au cœur des décisions politiques même s'il reste parfois sous-jacent et peu visible... Ce n'est pas parce que ces points sont exclus du débat public pour des questions éthiques – et quelque peu hypocrites – qu'ils n'entrent pas dans les critères décisionnels du gouvernement ou du législateur. C'est ce que nous proposons d'étudier.

2 - Rappel des étapes historiques d'une proposition de loi française sur l'aide à mourir

Ce que l'on appelle projet de « loi fin de vie » concerne essentiellement la dépénalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. Les soins palliatifs associés au projet de loi Falorni ont fait l'objet d'une législation dans les années 90, voire les années 80 si l'on remonte à la circulaire Laroque⁴ qui donne la première impulsion aux soins palliatifs en France.

La loi du 9 juin 1999 ouvre le développement des soins palliatifs en France en affirmant le droit d'accès de tous à des soins palliatifs. Elle précise leur organisation, notamment par l'inscription dans les schémas régionaux d'organisation des soins qui fixent les objectifs et actions pour la santé dans chaque région⁵. Elle permet également d'encadrer l'action des bénévoles et propose dans le code du travail un congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

La définition des soins palliatifs est fournie dans ce texte de loi : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à

³ Delande G. Évaluation médico-économique du coût de la fin de vie. Bull. Acad. Sc. Lett. Montp., vol. 49, 2018.

⁴ La circulaire du 26 août 1986 ou circulaire Laroque, relative « à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale ».

⁵ <https://www.corpalif.org/soins-palliatifs/legislation.html>

3 - L'aide à mourir, un projet de loi interrompu en 2024 et reporté en 2025

L'examen du texte en première lecture à l'Assemblée nationale a débuté le 27 avril 2024 avec M. Falorni désigné rapporteur général. Le processus a été bloqué par la dissolution de l'Assemblée nationale le 9 juin 2024.

La décision d'un projet de loi sur l'aide à mourir a été « précédée d'un avis du Comité consultatif national d'éthique qui s'est dit favorable en 2022 à une aide active à mourir strictement encadrée, à condition que soient parallèlement renforcés les soins palliatifs. Cet avis a ouvert les débats de la Convention citoyenne sur la fin de vie, qui s'est prononcée en avril 2023 pour une ouverture conditionnée d'une aide active à mourir, et plus précisément à la fois du suicide assisté et de l'euthanasie⁹ ». La convention a également souhaité que soient proposés des soins palliatifs "pour toutes et tous et partout".

Plusieurs pays occidentaux ont déjà légiféré et autorisent l'euthanasie et/ou le suicide assisté ; parmi les plus anciens citons la Belgique, l'Espagne, l'Autriche, la Suisse, les Pays-Bas, le Luxembourg, le Canada ou encore certains États américains.

Suite à la nomination du gouvernement Barnier en septembre 2024, l'Assemblée nationale devait reprendre la discussion du projet de loi « aide à mourir » à partir du 27 janvier 2025. Ce gouvernement ayant été censuré le 4 décembre 2024 sur son budget – et notamment sur le budget de la Sécurité sociale qui accuse un déficit record - il n'a pas pu faire valoir son premier 49.3 pour le valider sans vote à l'Assemblée nationale. Le 13 décembre 2024, François Bayrou est nommé premier ministre, il devra avec son gouvernement faire voter la loi de finance 2025.

Le projet de loi sur l'aide à mourir est reporté à une autre échéance, on peut légitimement penser que le texte déposé le 19 juillet 2024 par Olivier Falorni et enregistré par la présidente Yaël Braun-Pivet le 17 septembre 2024 sera soumis à l'Assemblée nationale au cours du 1er trimestre 2025.

La date du 6 mars circule pour la validation du texte Falorni dans le cadre d'une niche parlementaire du Modem mais à l'heure où nous écrivons ces lignes, il n'y a pas de certitude sur cette programmation.

Le projet de loi relatif à « l'accompagnement des malades et de la fin de vie¹⁰ » (n° 204, 17ème législature) reprend les grands axes du projet de loi validé par l'Assemblée nationale avant la dissolution du gouvernement Attal, il se compose d'une quarantaine d'articles divisés en deux grandes parties : 20 articles au titre I pour « garantir les soins palliatifs et

⁹ Direction de l'information légale et administrative. Projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie, www.vie-publique.fr, 5 novembre 2024.

¹⁰ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b0204_proposition-loi

renforcer les soins d'accompagnement et les droits des personnes malades partout sur le territoire » ; 20 articles au titre II sur l'aide à mourir.

L'exposé des motifs de cette proposition de loi est ainsi exprimé :

Cette proposition de loi vise à poursuivre le chemin brutalement interrompu par la dissolution et qui devait aboutir au vote le 18 juin dernier, en première lecture à l'Assemblée nationale, d'une loi majeure sur l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

Tant de travaux, tant d'échanges, tant d'auditions, tant de délibérations ne pouvaient pas être jetés ainsi aux orties.

Cette proposition de loi reprend donc intégralement le texte amendé et voté par les députés de la commission spéciale le 18 mai, ainsi que tous les amendements adoptés en séance avant l'interruption définitive des débats.

Cette loi, qu'attend une très grande majorité de nos concitoyens, ne peut pas et ne doit pas être à nouveau mise de côté¹¹.

Certaines interventions publiques laissent entendre que les motivations de cette nouvelle loi sont avant tout économiques et qu'elle permettrait de réaliser des économies substantielles... notamment sur le budget de la sécurité sociale (cf. infra).

Est-ce une réalité et dans quelle mesure ? Les soins palliatifs sont-ils trop coûteux et ne suffisent-ils pas à répondre à la préoccupation légitime des citoyens face à la crainte de la souffrance ? S'il s'agit de réaliser des économies budgétaires, de quelles économies s'agit-il et n'y-a-t-il pas un risque de conflit d'intérêt ?

Nous proposons d'apporter des éléments de réflexion à partir de rapports officiels, de la littérature scientifique ou encore d'articles abordant ces sujets.

4 - Qu'entend-on par « aspects économiques » de l'aide à mourir ?

« L'aide active à mourir » et plus précisément le suicide assisté et/ou l'euthanasie représentent potentiellement une économie budgétaire sur les soins en mettant fin prématurément à la vie du patient/bénéficiaire. C'est de cette économie dont il est notamment question dans cette réflexion (mais pas exclusivement), de sa mesure et de sa potentielle influence dans la décision française – mais aussi d'autres pays qui ont fait le pas – de porter dans leur législation le droit à mourir.

En réalité, l'influence du critère économique dans la proposition de loi du législateur français n'est pas mesurable pour la bonne et simple raison que ce critère n'est pas officiellement pris en compte, qu'il n'a pas fait l'objet d'une étude à cet effet et qu'il n'est pas ouvertement abordé dans les débats à l'Assemblée nationale. On comprend que le sujet puisse être

¹¹ Ibid.

volontairement évacué car il soulève une réticence éthique majeure. D'autres pays en revanche n'ont pas écarté le sujet et affichent un intérêt pour les économies budgétaires réalisées grâce aux pratiques euthanasiques (cf. infra).

En France, cette question de l'économie budgétaire de « l'aide à mourir » est sous-entendue dans les débats par quelques protagonistes mais rarement argumentée ou documentée. Jean Marc Sauvé, haut fonctionnaire français et ancien vice-président du Conseil d'Etat, a abordé le sujet dans une interview au Figaro le 13 mai 2024¹². Le journaliste questionne : « Des mutuelles de santé militent en faveur de l'aide à mourir. Les contraintes économiques, la lourdeur des dépenses de santé en fin de vie jouent-ils un rôle souterrain dans ce débat » ?

Jean Marc Sauvé de répondre : « il est clair que la mort administrée va engendrer des économies non négligeables, déjà évaluées par le gouvernement canadien. Il aurait pu être procédé à ce chiffrage en s'appuyant sur un rapport de l'IGAS sur les dépenses de l'assurance-maladie en fin de vie qui s'élèvent à 6,6 milliards d'euros par an. Si l'on transpose à la France le taux de mort administrée du Québec, on peut estimer les économies à 1,4 milliard d'euros par an à terme pour la seule Assurance-maladie. Le projet de loi peut donc apparaître comme l'ultime ruse du libéralisme pour faire des économies sur l'État-providence¹³ ». Cette déclaration n'a semble-t-il pas suffi à ouvrir un débat sur un sujet, certes sensible, mais qui ne relève pas de l'anecdote : les économies budgétaires potentiellement réalisées grâce à la pratique euthanasique.

Jacques Attali, ancien conseiller spécial de François Mitterrand, ancien président de la BERD et soutien d'Emmanuel Macron dans son ascension à la présidence de la République évoque la « nécessité » de l'euthanasie dès 1981 dans son ouvrage *L'Avenir de la vie*¹⁴ : « dès qu'on dépasse 60/65 ans, l'homme vit plus longtemps qu'il ne produit et il coûte alors très cher à la société ... En effet du point de vue de la société, il est préférable que la machine humaine s'arrête brutalement plutôt qu'elle ne se détériore progressivement. C'est parfaitement clair si l'on se rappelle que les deux tiers des dépenses de santé sont concentrés sur les derniers mois de la vie [...]. L'euthanasie sera un des instruments essentiels de nos sociétés futures, dans tous les cas de figures. Dans une logique socialiste pour commencer, le problème se pose comme suit : la logique socialiste, c'est la liberté et la liberté fondamentale c'est le suicide ; en conséquence le droit au suicide direct ou indirect est donc une valeur absolue dans ce type de société ».

Lorsque M. Attali évoque le point de vue de la société, c'est d'abord un point de vue utilitariste. C'est aussi un point de vue personnel car il affirme que « les deux tiers des dépenses de santé sont concentrées sur les derniers mois de la vie » ; nous verrons que cette affirmation est loin d'être validée par les études.

Cependant, qu'il s'agisse de JM Sauvé ou de J Attali, tous les deux évoquent la charge financière des soins en fin de vie. Cet aspect du débat n'est pas périphérique, il est au

¹² A.L. Euthanasie. Interview de Jean Marc Sauvé dans le Figaro, 13 mai 2024 : 1, 8-9.

¹³ Ibid.

¹⁴ Recueil d'entretiens publié par Michel Salomon. Edition Seghers, 1981.

contraire central si l'on devine que les motivations qui ont poussé Emmanuel Macron à introduire une loi sur l'euthanasie ne sont pas déconnectées de l'urgence à maîtriser les dépenses publiques, notamment dans le domaine social et sanitaire (cf. supra).

Si les défenseurs de l'euthanasie et/ou du suicide assisté, ou ceux des soins palliatifs n'ont à priori pas d'intérêt économique direct (bien que les médecins pratiquant la « vaccination contre Covid » aient reçu des primes incitatives importantes en 2021), il existe un troisième acteur : le payeur, c'est-à-dire l'Etat qui supporte la charge de la gestion des finances publiques. Le déficit de la Sécurité sociale, le vieillissement de la population, la problématique explosive des retraites, la dégradation du système de santé par les restrictions budgétaires, le déficit écrasant des Ehpad en 2023 et 2024, ne poussent-ils pas le chef de l'Etat à prendre des mesures guidées par des impératifs budgétaires ?

5 - Quelques fausses informations économiques circulant sur le coût de la fin de vie

Comme Jacques Attali, le philosophe André Comte-Sponville, également partisan du droit à l'euthanasie explique dans un texte présentant les raisons qu'il juge importantes pour légiférer en faveur de l'euthanasie que le coût des soins sur les six derniers mois de la vie est plus coûteux que ceux de toute une vie. « Un médecin me disait que la moitié de ce que dans notre existence, nous allons coûter à la Sécurité sociale, nous le lui coûterons dans les six derniers mois de notre vie. Quand c'est pour six mois de bonheur, ou simplement de bien-être relatif, ceci vaut largement le coût. Quand c'est pour six mois d'agonie pour quelqu'un qui, au contraire, supplie qu'on l'aide à mourir, je trouve que c'est payer un peu cher ces six mois de malheur et d'esclavage¹⁵ ».

En Belgique, le Dr Marc Moens rapporte également les propos de Luc Van Gorp, résident des Mutualités Chrétiennes : « Est-ce que la mort est maintenant trop coûteuse du fait que 80% des frais de santé surviennent dans la dernière année de la vie, que l'on ait quarante ou nonante cinq ans ?¹⁶ ». Là aussi, ces affirmations chiffrées ne sont pas documentées.

Seul Jean Marc Sauvé fait référence à un coût général sur la fin de vie d'environ 6,6 milliard d'euros d'après les données de l'IGAS (cf. supra), soit 2,66% des dépenses de l'assurance maladie en 2023 pour un montant de 247,8 milliards d'euros¹⁷.

Les informations économiques et financières qui sont utilisées pour justifier la politique euthanasique ne sont pas toutes fiables mais peuvent être largement répandues par les médias et les réseaux sociaux pour influencer l'opinion publique et le législateur. Lorsqu'on

¹⁵ Gouvé C. Six raisons de légiférer par André Comte-Sponville. 16 octobre 2016, <http://carolegouye.over-blog.com/2016/10/six-raisons-de-legiferer-par-andre-comte-sponville.html>

¹⁶ Dr Marc Moens. Gelieve tijdig te sterven. www.artsenkrant.com, le 17 janvier 2017.

¹⁷ Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Le solde des comptes de la sécurité sociale en 2023 s'établit à -10,8 milliards d'euros. Publié le 21 mars 2024, <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/le-solde-des-comptes-de-la-securite-sociale-en-2023-s-etablit-a-10-8-milliards>

évoque un coût sur la fin de vie, on regrette qu'il ne soit pas toujours sourcé, ni que soient précisées ses composantes : dernière année de vie ou dernier mois de vie, nature des actes inclus dans le calcul... Quelles sont les références bibliographiques documentées pour estimer le coût de la fin de vie ? Enfin, quelles conclusions peut-on tirer des données chiffrées ? Quels liens peut-on faire entre un projet de loi euthanasique et les grands enjeux budgétaires auxquels est confronté la France dans un contexte démographique et économique par trop défavorable ?

6 - Ce que disent les études économiques sur le coût de la fin de vie

En France, les études sont peu nombreuses. On peut se fier aux travaux de l'IGAS et à ceux de la DREES ou d'autres organismes publics qui ont publié des informations souvent partielles mais fort utiles.

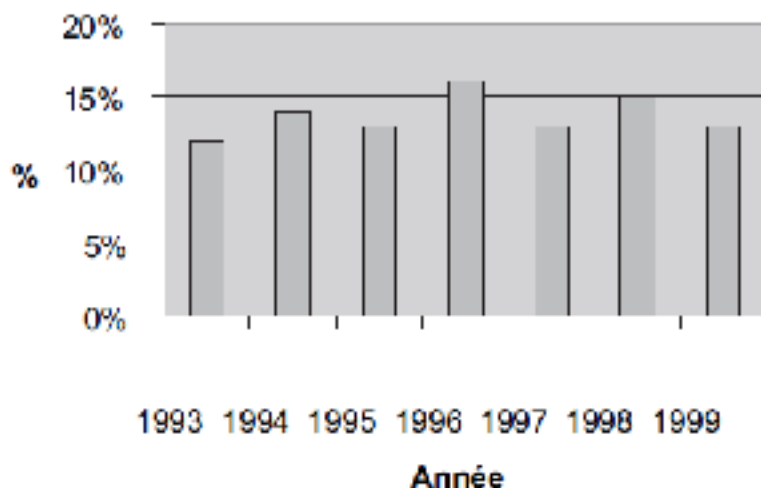
Quelques rares économistes de la santé se sont appliqués à travailler sur l'évaluation du coût de la fin de vie en France à partir des données disponibles et publiées.

Dans son article de 2006, G. De Pourville¹⁸ évoque plusieurs études françaises dont la première réalisée en 1977 par l'IGAS puis une actualisation effectuée en 1998 à partir de données issues de l'EPAS (Enquête permanente des assurés sociaux). Pour cette dernière, les résultats montrent un coût moyen dans les années 1990 de 23 300€/patient pour les soins des deux dernières années de vie et pris en charge par notre système de protection sociale (les frais à charge des familles sont exclus). L'hôpital concentre 80% des dépenses sur les 6 derniers mois et la majorité des personnes décèdent à l'hôpital. Les décès annuels concernent environ 1% des assurés pour environ 13% des dépenses totales de santé du système.

Une autre étude longitudinale (1993 à 2002), datée de 2004¹⁹, montre une dépense de 22 325 € (en euros de 2002) sur les deux dernières années de vie dont 70% est issue de la part hospitalière. De 1993 à 1999, la part des dépenses des deux dernières années de vie varie de 12 à 16% des dépenses totales de santé (toujours pour environ 1% des assurés sociaux).

¹⁸ De Pourville G. Le temps et la santé, le coût du temps ultime. Sève n°13, 2006 : 77-85.

¹⁹ Primus C. Les dépenses de soins en fin de vie, Mémoire présenté pour l'obtention du DEA de santé publique, option économie de la santé, université Paris-XI, 2004.



Source : De Pourville, op. cit.

Pour G. de Pourville, « Les coûts élevés de fin de vie seraient liés à des pathologies chroniques anciennes, provoquant un déclin lent des personnes, avec une accélération des recours au système de soins dans les derniers mois de la vie. Ces patients seraient le plus souvent pris en charge à 100%. Cela conduit à proposer une autre perception de la fin de vie : ces dépenses exceptionnelles sont à rapporter à l'ensemble des dépenses engagées depuis plusieurs années pour maintenir en vie des personnes atteintes de pathologies lourdes, et non aux dépenses de santé constatées pour l'ensemble de la population sur une année donnée (notamment la dernière année de vie). Les données correspondantes n'existent pas, mais l'hypothèse selon laquelle ces dépenses finales ne représenteraient qu'une faible partie des soins délivrés tout au long de l'histoire de la maladie est plausible et conduit à poser la question de l'allocation des ressources en de tout autres termes : il ne s'agit plus de comparer les derniers efforts des équipes de soins aux jours, semaines et mois d'une survie improbable, mais l'ensemble des dépenses consenties dès l'origine de la maladie pour maintenir pendant de longues années des personnes autrement condamnées à un décès précoce ».

On comprend dès lors que le discours tenu par certains médecins / personnages publics affirmant que les soins de fin de vie coûtent plus que toute la vie durant est infondé. En revanche, les patients atteints de maladie chroniques nécessitant des soins coûteux réguliers pèsent davantage dans les soins de santé que les personnes en bonne santé. Dans cette logique devons-nous exclure ceux qui coûtent le plus ? « Non » était une réponse évidente il y a encore quelques années... c'est précisément un choix de société que de partager des risques en répartissant les charges financières sur l'ensemble des cotisants afin de réduire le coût supporté par chacun lorsqu'un risque sanitaire survient. On parle de mutualisation du risque grâce au renforcement de la solidarité entre les citoyens.

L'idéologie de la liberté individuelle poussée à son extrême dans la logique euthanasique brise le socle de la solidarité. Le contrat social est rompu, on ne prend plus soin de la personne, on l'aide à disparaître. La loi sur l'euthanasie ouvre une boîte de Pandore en

validant publiquement une pratique dont les conséquences débordent inévitablement sur les autres sphères de la société.

Delande, sans son étude plus récente datée de 2018, distingue 3 trajectoires de fin de vie : 1. une trajectoire de déclin progressif (grand âge), 2. une trajectoire de déclin en dents de scie (maladies chroniques), 3. une trajectoire de déclin rapide avec une phase terminale (ie. cancer). Le coût des soins est étroitement lié à des situations très différentes liées au type de pathologie, à l'âge, à la gravité de la maladie, sa chronicité, le type de soins administrés, la fréquence des manifestations cliniques, etc.

Cependant, il montre également qu'il y a une accélération du rythme des dépenses de soins avec l'âge (1 500 euros annuels à 50 ans, 2 500 à 60 ans, 4 000 à 70 ans, 6 000 à 80 ans), même si on a pu contester la référence à l'âge comme variable déterminante et expliquer cette évolution par le développement et/ou l'augmentation au cours du vieillissement, de pathologies chroniques induisant une intensification des interventions thérapeutiques d'autant plus forte que l'on s'approche du décès. Ces chiffres montrent que, toute chose égale par ailleurs, le vieillissement est source d'augmentation des dépenses de santé.

Il constate aussi une forte croissance du nombre de personnes âgées (15 000 centenaires en 2017 contre 1500 il y a 20 ans) corrélée au fait que l'on vive plus vieux avec une période de fin de vie où l'état de dépendance est plus long.

En France, l'élargissement de l'assiette des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie²⁰ (GIR 1 à 4 pour l'APA²¹) a énormément augmenté depuis sa création. 71 % des bénéficiaires sont âgés de 80 ans et plus, 44 % sont en situation de dépendance légère et 59% résident à domicile.

Dans une étude de l'IGAS publiée en 2017, l'enveloppe publique consacrée à la dépendance était d'environ 24,1 milliards dont 14 M€ étaient consacrés à la dernière année de vie (soins de santé), soit un coût moyen de 26 000€ de dépense santé sur la dernière année de vie (environ 594 000 décès en 2016). L'étude de l'IGAS « a comparé le montant des remboursements de la dernière année de vie (soit 14 milliards) avec le montant d'une année de remboursement d'une population de référence de plus de 75 ans non-spécifiquement identifiée comme étant en fin de vie, soit 8 milliards. Par différence, les remboursements (sécurité sociale) imputables aux soins de fin de vie s'élèveraient à 6 milliards pour la dernière année de vie (auxquels il faudrait ajouter un reste à charge d'environ 10 % financé par les patients et les organismes complémentaires). Ce chiffre correspondant à peu près à celui énoncé par Jean Marc Sauvé dans son interview du 13 mai 2024²².

²⁰ L'APA sert à payer (en totalité ou en partie) les dépenses nécessaires pour permettre aux personnes de plus de 60 ans et en perte d'autonomie (GIR 1 à 4) de rester à leur domicile.

²¹ Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

²² Sauvé, 2024, op. cit.

En 2017, l'IGAS évalue à 3.4 milliards d'euros les dépenses occasionnées spécifiquement par le dernier mois de vie (soit plus de la moitié des dépenses attribuables à la dernière année de vie). Quel que soit l'âge du décès, on observe une brusque inflexion lors du dernier mois de vie : « 6 200 € le dernier mois contre 2 500 € l'avant dernier mois ; on note une accélération identique pour les seules dépenses hospitalières (de 1 300 € à 5 000 €) sans doute liée à l'importance observée des transferts domicile/hôpital durant ce dernier mois²³ ». Economiquement parlant et sur le plan des dépenses de santé, on comprend qu'il y a un intérêt économique pour l'Etat à ce que la vie s'arrête avant qu'interviennent ces dépenses. Le conflit d'intérêt apparaît alors comme évident.

En 2024, l'enveloppe consacrée aux personnes âgées (dépendance) approche les 28 Md€²⁴ dont les trois quarts sont dépensés par la sécurité sociale. Ces dépenses augmenteront inévitablement dans les années à venir.

Le coût de la fin de vie sur le budget de la sécurité sociale

Globalement, 1% des bénéficiaires de l'assurance maladie dans leur dernière année de vie vont consommer environ 11% des montants remboursés par l'Assurance Maladie, soit une dépense moyenne de 26 000 euros pour l'année²⁵. Ce constat se vérifie dans d'autres pays d'après les études publiées ; au Canada dans l'Ontario, la dépense publique des soins de santé pour la dernière année de vie varie entre 9%²⁶ et 10%²⁷ selon les sources. Le *Lancet* confirme que les études dans les pays à haut revenus (occident) montrent que 8 à 11% des dépenses annuelles de santé d'un pays sont utilisées pour moins de 1% de la population qui décède dans l'année²⁸.

Le budget 2024 de la Sécurité sociale (SS) était de 640 M€²⁹. La Sécurité sociale consacre 40,6 M€ à la branche autonomie mais la contribution générale des finances publiques est deux fois plus importante, de l'ordre de 85 M€, soit les dépenses de l'assurance maladie, celles des caisses d'allocations familiales ainsi que les crédits apportés par le CNSA au titre des établissements médico-sociaux.

Face à une économie sous concurrentielle, une augmentation des dépenses dans le secteur de la dépendance et de la santé (SS), il n'est pas possible d'envisager des augmentations

²³ Delande, 2018, opt. cit.

²⁴ https://www.lemediasocial.fr/personnes-agees-et-handicapees-un-cout-public-global-de-85-milliards-d-euros_QII4vO

²⁵ Delande, 2018, opt. cit.

²⁶ B Pham, M Krahn. End-of-Life Care Interventions : An Economic Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2014 Dec 1;14(18):1-70.

²⁷ Tanuseputro P. The health care cost of dying: a population-based retrospective cohort study of the last year of life in Ontario, Canada. *PLoS One.* 2015 Mar 26 ; 10(3) : e0121759.

²⁸ Sallnow et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet,* 2022 Feb 1;399(10327):837–884.

²⁹ <https://www.vie-publique.fr/loi/291211-plfss-2024-loi-de-financement-de-la-securite-sociale>

continues alors que le gouvernement cherche à faire des coupes budgétaires pour contenir la dette publique qui dépasse 6% du PIB en 2024.

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude présentant les résultats économiques d'une politique de soins palliatifs versus pratiques euthanasiques et suicide assisté, ce qui serait politiquement incorrect pour le monde médical. Il semble toutefois que cette approche n'ait pas échappée à tout le monde. Le Canada n'hésite pas à afficher les économies réalisées sur les soins avec sa politique euthanasique, jusqu'à 139 millions de dollars par an³⁰.

Plusieurs publications montrent que les soins palliatifs permettent de réaliser des économies sur les soins et que leur coût de mise en œuvre reste inférieur à la prise en charge médicale qui serait conduite en l'absence de ces soins³¹. Cependant, et dans une logique qui n'a rien de commun avec une approche par les soins palliatifs, les économies réalisées par la pratique euthanasique sont de fait plus importantes pour des raisons évidentes :

- Elles mettent fin à tout type de soins médicaux ou palliatifs et donc aux remboursements de la Sécurité sociale (et des mutuelles santé).
- Elles permettent de mettre prématurément fin au versement des pensions de retraite pour les retraités, aux allocations handicapées pour les personnes handicapées, au RSA ou autres allocations dont le défunt était bénéficiaire.

Il est très difficile d'avoir des informations sur ces effets collatéraux d'économie budgétaire qui sont induits par l'élargissement de l'assiette des candidats à l'euthanasie et la facilité du passage à l'acte dans certains pays (Québec, Canada, Pays Bas...). Si les soins palliatifs s'appliquent uniquement aux personnes en fin de vie, l'euthanasie s'applique à toute sorte de souffrances sans contrôle strict si ce n'est celui du médecin prescripteur qui est à la fois juge et partie. Les dérives sont nombreuses et ont été rapportées au Canada³² ou en Belgique³³, elles permettent de réaliser des économies budgétaires qui – si elles étaient mesurées – feraient probablement éclater un scandale.

Sur le plan financier, ce ne sont pas les coûts économisés sur la fin de vie qui sous-tendent la décision euthanasique mais les économies budgétaires qu'elles permettront de réaliser dans l'incitation au suicide des plus vulnérables et des plus pauvres économiquement parlant. A terme ce sont des dizaines de milliards d'euros qui peuvent être économisés par l'Etat providence qui n'a pas trouvé meilleure stratégie que l'auto-élimination des citoyens coûteux, ceux-là mêmes qui survivent grâce aux aides de l'Etat.

³⁰ Trachtenberg AJ and Manns B. Cost analysis of medical assistance in dying in Canada. CMAJ, January 23, 2017 189 (3) E101-E105.

³¹ Xhyljeta L et al. Evidence on the economic value of end-of-life and palliative care interventions : a narrative review of reviews. BMC Palliat Care. 2021 Jun 23;20(1):89.

³² Coelho R. The realities of Medical Assistance in Dying in Canada. Cambridge University Press. Palliative & Supportive Care, Volume 21 , Issue 5 , October 2023 , pp. 871 – 878.

³³ Vanbellingen L. Analyse - Affaire Mortier : que dit la Cour européenne des droits de l'homme de la loi belge sur l'euthanasie ? www.ieb-eib.org (institut européen de Bioéthique), le 4 octobre 2022.

En réalité, c'est la forte augmentation des plus de 70 et 80 ans qui va faire croître lourdement les dépenses de santé, et parmi ces personnes celles qui ne sont pas en fin de vie. Et c'est bien cette population que cible la loi sur l'euthanasie et le suicide assisté. C'est aussi le propos de Jacques Attali dans les années 80 qui ne dissimule pas les objectifs de l'euthanasie : « L'homme vit plus longtemps qu'il ne produit et il coûte alors très cher à la société. En effet du point de vue de la société, il est préférable que la machine humaine s'arrête brutalement plutôt qu'elle ne se détériore progressivement³⁴ ». Alors que cela sonne comme une nécessité pour J. Attali, nous le dénonçons au contraire comme une dangereuse dérive. La détérioration progressive de l'état de santé lié à l'âge génère des frais de santé, ouvre l'accès à des allocations pour la perte de mobilité, les transferts coûteux domicile-hôpital se font plus nombreux, les retraites sont perçues plus longtemps, etc.

C'est un ensemble de dépenses importantes que L'Etat souhaiterait réduire. Bien que non éthique, la dépénalisation de l'euthanasie couplée à l'idée de plus en plus répandue que les seniors coûtent cher au système devient l'outil d'une nouvelle politique à l'opposé de l'humanisme et des valeurs du monde occidental.

7 - De l'intérêt non dissimulé des mutuelles santé pour une loi euthanasique

Dans la période des échanges parlementaires du printemps 2024, nous notons un événement notoire qui met en évidence l'intérêt financier d'un projet de loi sur l'aide à mourir : l'intervention de certaines mutuelles santé dans le débat. Le projet de loi ne serait pas seulement profitable pour de potentielles économies budgétaires publiques mais également pour le secteur privé de l'assurance santé. Plutôt que de rester discret sur un sujet par ailleurs sensible, certaines mutuelles se sont montrées publiquement favorables à l'aide active à mourir.

En septembre 2022, une table ronde était organisée sur l'euthanasie et le suicide assisté au cours du 43e congrès de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF). Cette rencontre intitulée « Choisir sa fin de vie : l'ultime liberté ? » rassemblait trois personnalités favorables à l'euthanasie et sans contradicteurs : Jean-Luc Romero-Michel, président d'honneur de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD), François Damas, membre de la commission « euthanasie » en Belgique, et Matthias Savignac, président de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN). En 2024, la MGEN a envoyé un courrier aux députés dans lequel elle apporte son soutien pour « promouvoir une évolution de la loi qui permette une fin de vie libre et choisie³⁵ ».

³⁴ Salomon M., 1981, op cit.

³⁵ Fourcade C. Ces mutuelles qui font la promotion de l'euthanasie en omettant de rappeler les économies qu'elles leur permettraient de réaliser. <https://atlantico.fr>, le 23 février 2024.

Tugdual Derville dénonce un conflit d'intérêt flagrant : « Et voilà que des leaders mutualistes laissent entendre que la vie de certains de leurs sociétaires ne mériterait plus d'être vécue et qu'il faudrait lever, pour eux, l'interdit de tuer. Malaise, quand on sait les tensions budgétaires qui fragilisent notre système de santé : le conflit d'intérêts saute aux yeux³⁶ ».

Ce n'est pas l'industrie de l'automobile ou de l'agroalimentaire qui se mêle au débat mais bien celle de l'assurance santé. Il est évident que les enjeux économiques qui pèsent dans la balance de cette loi sont importants pour une activité dont la rentabilité repose sur le non recours aux soins. On comprend – sans faire preuve d'une imagination déplacée – que les assurances santé vont gagner de l'argent avec une telle loi. Comment ? Simplement en ne faisant rien. Les cotisations annuelles de leurs adhérents sont calculées sur la base de questionnaires de santé impliquant l'âge de l'assuré, ses antécédents médicaux et d'autres paramètres. Les assurances disposent de tables de morbi-mortalité par tranche d'âge et établissent leur tarification en conséquence.

Nous savons par ailleurs que les coûts de santé sont plus élevés dans les derniers mois de vie – dans des proportions précédemment évoquées – donc le départ prématuré par euthanasie ou suicide assisté de clients en fin de vie est un facteur de gain financier pour les mutuelles, toutes choses égales par ailleurs. Cette logique utilitariste ne semble pas effrayer certaines assurances qui se prononcent publiquement en faveur de l'aide à mourir.

L'éthique ne semble pas davantage un facteur de pudeur professionnelle là où l'on attend que le secteur des assurances santé apporte au contraire un soutien et des soins aux personnes malades, blessées ou en fin de vie.

Parmi les principes de la MGEN, on peut lire sur leur site web : « Depuis plus de 75 ans, l'histoire de MGEN est une histoire d'engagements : en faveur du service public, des personnes fragilisées, de la justice sociale³⁷... ». Les personnes en fin de vie sont précisément des personnes fragilisées et particulièrement vulnérables. Les mutuelles santé remboursent des soins. L'euthanasie et le suicide assisté ne devraient pas entrer dans la catégorie des soins.

On peut également lire « qu'en tant que première mutuelle des agents du service public, MGEN défend depuis plus de 75 ans un projet social et solidaire volontairement basé sur le principe de non-lucrativité, de gouvernance partagée et d'utilité sociale ». Cette notion de non lucrativité est-elle compatible avec une déclaration publique en faveur de l'aide à mourir sachant que la mutuelle réaliserait des gains sur le non recours aux soins ?

Au Canada, La mutuelle des vétérans avait proposé l'euthanasie à quelques vétérans en raison du matériel qui était devenu trop cher³⁸, leur faisant comprendre qu'ils représentaient

³⁶ Derville T. « Euthanasie, de quoi se mêlent les mutuelles ? ». www.la-croix.com, 8 septembre 2022.

³⁷ <https://www.mgen.fr/le-groupe-mgen/qui-sommes-nous/responsabilite-societale-entreprise/>

³⁸ Passifium B. Canadian veterans were offered assisted suicide in five instances, committee hears. <https://nationalpost.com/>, nov 24, 2022.

une charge pour la société. Cette compassion matérialiste plus proche de la rentabilité que de la solidarité entre pleinement dans la déconstruction des valeurs occidentales.

La modification de la terminologie pour faire accepter à l'opinion publique ce qu'elle n'accepterait pas est une technique éprouvée depuis de longues décennies. La définition de l'acte de soin, par la Haute autorité de santé (HAS) « est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne³⁹ ». Les seuls actes qui correspondent à cette définition sont ceux liés aux soins palliatifs. On peut s'attendre à ce qu'il y ait à terme des propositions de redéfinition du terme « soin » par les autorités publiques pour qu'euthanasie et suicide assisté entrent dans cette catégorie.

8- Un projet de loi qui arrive à point nommé : trop de personnes âgées et un déficit record de la Sécurité sociale

Septembre 2023, *les Echos*⁴⁰ publient un article indiquant que le déficit de la Sécurité sociale se creuse à nouveau. « Les dépenses d'assurance-maladie vont augmenter de 4,8 % en 2023, contre 3,8 % prévus dans le dernier budget rectificatif (la loi réformant les retraites). De quoi porter leur montant à plus de 247 milliards d'euros. Et, selon nos informations, creuser le déficit de la Sécurité sociale (avec le fonds de solidarité vieillesse) à 8,8 milliards d'euros, contre 8,3 milliards prévus jusque-là. Il avait frôlé les 20 milliards en 2022 (19,7 milliards) ». Et de rappeler que les dépenses des établissements de santé vont augmenter de 5,2% en 2023, ce qui est considérable et que « l'assurance vieillesse serait dans le rouge à hauteur de 5,9 milliards, malgré la mise en œuvre progressive de la réforme des retraites ».

Le financement des retraites : un autre dossier brûlant et le report de l'âge de la retraite à 64 ans acté en septembre 2023 a créé de fortes oppositions encore très marquées en 2024. La situation des systèmes de retraite s'est dégradée dès 2010 en raison notamment des départs à la retraite des baby-boomers. Le conseil d'orientation des retraites prévoyait une dégradation à partir de 2023⁴¹. Cette tendance va se poursuivre pour au moins deux raisons : la dégradation de l'économie mondiale accentuée par les guerres, notamment le conflit russo-ukrainien financé par la France et l'Europe ; l'arrivée prochaine de la génération du baby boomer dans les Ehpad. La dette sociale va considérablement peser sur les générations futures alerte le Sénat fin 2023⁴². Le recul des naissances et l'augmentation de l'espérance de vie ont de quoi donner des sueurs froides au nouveau gouvernement, pouvait-on lire en

³⁹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.pdf

⁴⁰ Poullennec S. Les dépenses de santé dérapent, le déficit de la Sécurité sociale se creuse de nouveau

⁴¹ <https://www.vie-publique.fr/fiches/37947-quelle-est-la-situation-financiere-du-systeme-de-retraites>

⁴² Poullennec S. Le Sénat alerte sur l'envolée de la dette sociale. *Les Echos*, le 9 novembre 2023.

janvier 2024⁴³. Il ne s'agit plus d'un choc exogène comme la crise du Covid mais d'un problème structurel auquel il faudra faire face dans la durée.

Par ailleurs, le modèle économique des Ehpad a été fortement impacté par l'inflation de 2023, le nombre d'établissement déficitaires en 2023 et 2024 est inquiétant – ce que rapporte la commission d'information du Sénat en 2024⁴⁴ - alors que la demande de places en Ehpad sera en forte croissance pour les années à venir⁴⁵ (+ 46% de 2020 à 2050⁴⁶).

« Entre 1979 et 2019, la part des plus de 60 ans dans la population est passée de 17 % à 26 %. Ce vieillissement a alimenté la hausse des dépenses de protection sociale, qui ont progressé sur la même période de 25 % à 31 % du PIB. De fait, les dépenses de santé et de retraite, qui bénéficient largement aux plus de 60 ans, représentent aujourd'hui les trois quarts des dépenses de protection sociale⁴⁷ ». Le transfert des dépenses de protection sociale se sont faits sur les âges élevés.

On peut donc légitimement se poser la question d'une loi sur l'euthanasie et le suicide assisté au moment où la dette sociale – santé et vieillesse - devient incontrôlable.

D'autres personnes s'interrogent sur les motivations financières de ces lois comme le philosophe Julien Auriach sur le vote récent du suicide assisté au Royaume Uni : « Hasard aussi, que le vote britannique en faveur de l'euthanasie ait lieu deux mois seulement après la publication du rapport Darzi (12 septembre 2024), dont les 160 pages présentent la déliquescence du système de soin britannique, fruit pourri de deux décennies d'austérité et de mauvaise gestion⁴⁸ ».

9- Euthanasier les « non-productifs », une conséquence programmée de la loi ?

Au Canada, où l'euthanasie et le suicide assisté ont été légalisés en 2016, les statistiques montrent que les bénéficiaires de ces mesures sont les individus les plus vulnérables,

⁴³ Poullennec S. Le vieillissement de la population, un défi pour le financement de la Sécurité sociale. Les Echos, 16 janvier 2024.

⁴⁴ Mission d'information. Ehpad, un modèle à reconstruire. Paris, 2024. https://www.senat.fr/fileadmin/Presse/Documents_pdf/Rapport_information_Ehpad_presse.pdf

⁴⁵ Larbi K, Roy D. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. INSEE Première n°1767, 2019.

⁴⁶ https://www.senat.fr/fileadmin/Presse/Documents_pdf/Essentiel_Ehpad_2024_presse.pdf

⁴⁷ <https://www.strategie.gouv.fr/publications/protection-sociale-paie-cout-vieillesse-de-population>

⁴⁸ Auriach. Fin de vie : pour que la compassion change de camp. www.lavie.fr, le 18 décembre 2024.

notamment les plus pauvres financièrement ; c'est ce que révèle le 5ème rapport annuel public sur l'aide médicale à mourir⁴⁹⁵⁰ (2024).

L'étude *Maid Death Review 2024* en Ontario au Canada propose une analyse des utilisateurs de l'Aide médicale à mourir (AMM), on peut lire que la dimension « Âge et population active » (figure 12) montre que les bénéficiaires de l'AMM étaient plus susceptibles de résider dans des zones à forte marginalisation, avec une corrélation marquée sur les critères de l'âge et du handicap⁵¹.

Le même rapport évoque le cas de M. A qui a demandé et obtenu l'AMM. « M. A était un homme d'une quarantaine d'années atteint d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Il a reçu un traitement intensif pour cette maladie. Il a été signalé qu'en partie en raison de l'évolution de sa maladie, M. A n'avait pas de réseau social actif : il ne pouvait pas conserver d'emploi, il avait du mal à entretenir ses relations personnelles et il dépendait de sa famille pour le logement et le soutien financier. Par conséquent, M. A vivait avec un soutien social réduit. Il avait refusé de nombreux programmes de soutien social et services psychosociaux. M. A avait des antécédents de maladie mentale, des épisodes antérieurs de suicide et une consommation abusive d'alcool et d'opioïdes. Il a perdu son permis de conduire en raison de ses dépendances. Lors d'une évaluation psychiatrique, le psychiatre lui a demandé s'il était au courant de l'AMM et lui a présenté des informations sur cette option. Bien que l'on pense que M. A ait conservé sa capacité décisionnelle, sa consommation de substances n'a pas été explorée dans les évaluations de l'AMM et aucun traitement de la toxicomanie ne lui a été proposé ». Ce cas est remonté au MDRC⁵², certains membres ont exprimé des inquiétudes quant à l'exploration limitée des problèmes médicaux et sociaux rencontrés par M. A. L'approche n'a pas répondu aux préoccupations importantes concernant la santé mentale et les dépendances, le bien-être et le soutien social ou encore l'implication de la famille⁵³ ».

Ce cas est-il exceptionnel ? Les informations qui remontent auprès de ce comité de revue des cas d'AMM dispose-t-il de toutes les informations pour effectuer un contrôle ? Certainement

⁴⁹ On peut lire par exemple qu'une femme d'une cinquantaine d'année, souffrant d'un syndrome multiple de sensibilité chimique, avec un passif de pathologies mentales et un stress post-traumatique, socialement isolée, a demandé à mourir principalement parce qu'elle ne parvenait pas à trouver un logement décent. Un ouvrier entre deux âges, souffrant de blessures au coude et au dos qui le rendaient incapable de reprendre son travail, dit au médecin que ses faibles allocations « ne lui laissaient pas d'autre choix que de demander une euthanasie ». Ce dernier jugea que le patient remplissait les critères prévus par la loi.

⁵⁰ Santé Canada. Cinquième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, 2023. Publié en décembre 2024. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2023/rapport-annuel-aide-medecale-mourir-2023.pdf>

⁵¹ Ministry of the Solicitor General / office of the Chief Coroner. MAiD Death Review Committee Report, 2024-3. Ontario, Canada 2024, p.12.

⁵² MAiD Death Review Committee : c'est un comité de revue et de contrôle de l'AMM (ici en Ontario)

⁵³ Ministry of the Solicitor General / office of the Chief Coroner. MAiD Death Review Committee Report, 2024-3. Ontario, Canada 2024, p. 15-16.

pas, car les éléments qui poussent les citoyens à demander l'AMM ne sont pas tous pris en considération par le médecin, notamment les aspects socio-économiques, les situations familiales et d'autres facteurs qui ne relèvent pas de la santé. Si le médecin prescripteur travaille à déterminer la souffrance de son patient (mais là aussi la part de subjectivité est grande), il ne peut évaluer les causes non médicales de sa décision. Les contrôles ont par ailleurs lieu à posteriori et ceux dans différents pays comme le rappelle Hubert et Morel⁵⁴.

L'exemple de deux autres cas canadiens : « Les Landry, en fauteuil roulant, ayant perdu son allocation passé l'âge de la retraite, a demandé l'euthanasie car il n'avait plus les moyens de vivre. Normand Meunier, tétraplégique, est entré à l'hôpital sur un brancard sans matelas à pression alternée, pour une infection pulmonaire. Quatre jours plus tard, il présentait des escarres jusqu'à l'os et décidait d'avoir recours à l'euthanasie. Les Landry et Normand Meunier étaient tous les deux camionneurs, victimes d'accidents du travail, le premier, d'une hernie mal opérée, le second, d'une lésion de la moelle épinière. Qui oserait dire que leur euthanasie n'avait rien à voir avec leur situation sociale⁵⁵ ? »

Théo Boer, l'ancien contrôleur des cas d'euthanasie aux Pays Bas, nous dit à peu près la même chose : « nous avons également assisté à des évolutions dans la manière d'interpréter les critères juridiques. Au cours des premières années de l'euthanasie aux Pays-Bas, celle-là concernait presque exclusivement les adultes mentalement aptes et en phase terminale. Après quelques décennies, la pratique s'est étendue aux personnes souffrant de maladies chroniques, aux personnes handicapées, à celles souffrant de problèmes psychiatriques, aux adultes non autonomes ayant formulé des directives anticipées ainsi qu'aux jeunes enfants. Actuellement, nous discutons d'une extension aux personnes âgées sans pathologie⁵⁶ ».

Toutes ces catégories de personnes concernent majoritairement des non-productifs qui sont plus ou moins appuyés par une prise en charge socio-sanitaire. Fragilisés par leur situation, ils peuvent être attirés par les pratiques euthanasiques, d'autant plus si la société les y invite. Pourtant, un retraité n'a-t-il pas cotisé pour sa retraite et n'a-t-il pas payé des impôts pour le fonctionnement du système de santé ? Ne continue-t-il pas de payer une prime pour son assurance santé ? A force d'entendre qu'il est un poids pour la société et/ou pour la famille, n'est-il pas lui aussi injustement incité à demander l'euthanasie ?

Pourtant, le contrat social établi sur un principe de solidarité et d'équité reste le fondement de nos sociétés occidentales. Soudainement, les plus vulnérables deviendraient une charge pour les bien portants ? Assistons-nous à une rupture du contrat social ? L'euthanasie, dans l'élargissement de son assiette à « toutes les souffrances » agirait comme un régulateur de ceux qui ne rapportent plus rien au sens utilitariste du terme et qu'il faut faire disparaître pour diminuer les charges : les handicapés, les malades mentaux et les malades chroniques

⁵⁴ Hubert E & Morel V. Euthanasie et suicide assisté, deux voies distinctes malgré les apparences. Annales médico-psychologiques 2023, 181 (10) : 923-929.

⁵⁵ Auriach, 2024, op. cit.

⁵⁶ Boer T. Fin de vie : « Ce qui est perçu comme une opportunité par certains devient une incitation au désespoir pour les autres ». Le Monde, 1^{er} décembre 2022.

du fait de leurs soins socio-médicaux, les enfants malades et atteints probablement d'une pathologie grave (on pense entre autres aux enfants atteints de trisomie 21) qui les empêcheraient d'avoir une vie productive et qui nécessitent des soins, les adultes non autonomes du fait des services à la personne dont ils bénéficient ; et les personnes âgées sans pathologie pour lesquelles l'économie réalisée porterait sur les pensions de retraite.

La question des enjeux économiques est en réalité au cœur de la question euthanasique. Alors pourquoi ces sujets ne sont-ils pas abordés au parlement ni dans les débats publics ? Y-a-t-il une volonté politique de les éviter parce qu'ils mettraient en évidence un conflit d'intérêt majeur ? La vie humaine est monétisée, elle est devenue un facteur de compétitivité économique. N'y a-t-il pas un risque de créer une société qui valoriserait la vie seulement si elle se porte génératrice de gain financier ? Cette vision eugéniste de la vie est particulièrement glissante et proche de l'esprit des dictatures fascistes du XX^{ème} siècle : le nazisme et le communisme qui sur d'autres bases établissaient un droit de vie ou de mort. Imposé, certes, et non choisi. Mais le choix est-il libre lorsque la société dépénalise l'interdit et incite les citoyens à l'euthanasie ?

La subtilité de cette nouvelle économie du 21^{ème} siècle repose d'une part sur l'idée entretenue qu'une personne non productive est indésirable pour la société, d'autre part sur la collaboration des citoyens s'assurant ainsi le consentement nécessaire à l'exploitation de l'habile manœuvre. L'argument de la liberté individuelle entendue comme auto-référence et choix de disposer de soi-même et de sa mort ne cache-t-il pas une politique utilitariste au moment où l'économie budgétaire de milliards d'euros est urgente⁵⁷ ? Dans cette logique matérialiste, l'inutilité, la non productivité, la notion de charge pour la société justifient déjà l'auto-détermination à l'euthanasie ou au suicide assisté. La dépénalisation devient ainsi l'approbation de ce mode de pensée par une société qui encourage la disparition des « inutiles ».

La proposition française sur l'aide à mourir qui était en discussion en 2024 ne prévoit pas systématiquement la nécessité d'une maladie terminale. On observe donc une volonté du projet d'élargir d'emblée l'accès de l'euthanasie aux plus vulnérables.

10 - De l'euthanasie libérale à l'euthanasie rentable

Dans ce chapitre, nous abordons l'évolution toute tracée du vote d'une loi sur l'euthanasie et le suicide assisté, évolution dans le temps et dans les actes. Les critères économiques et utilitaristes sont déterminants dans ce schéma.

Damien Leguay décrivait 3 étapes dans la mise en œuvre de l'euthanasie, nous en proposons 5 en tenant compte du fonctionnement actuel de notre système de santé et des choix politiques, économiques et éthiques modernes. Cette modélisation n'est pas seulement une

⁵⁷ Boutin G. Ou trouver 3 milliards d'euros d'économies chez les opérateurs de l'Etat ? www.lefigaro.fr, le 21 janvier 2024.

projection, elle s'appuie en grande partie sur l'expérience de plusieurs pays comme le Canada, les Pays bas, la Belgique, la Suisse...

- a. Etape 1 : Les arguments positifs de l'euthanasie et du suicide assisté : l'idée de liberté individuelle, de dignité et de soulagement.

Les partisans de l'euthanasie avancent généralement les principaux arguments exposés ci-dessous pour justifier la dépénalisation de l'euthanasie et du suicide assisté⁵⁸.

- Le droit à la liberté : Pour certains, le droit à la liberté est une valeur fondamentale dans un état de droit et chaque individu a le droit de prendre des décisions concernant sa propre existence physique. Par conséquent, le choix d'un patient pour finir sa vie par euthanasie devrait être respecté.
- La dignité humaine : La plupart des partisans de l'euthanasie considère que le maintien artificiel de la vie au-delà du seuil nécessaire pour préserver la dignité humaine constitue un abus injustifiable des droits fondamentaux des personnes concernées.
- Soulagement souhaité : Certains défenseurs de l'euthanasie affirment que les patients qui souffrent d'une maladie incurable doivent pouvoir disposer d'une mort paisible sans douleur si c'est ce qu'ils veulent.

Les notions de liberté et de dignité diffèrent pour les partisans des soins palliatifs ou de l'aide à mourir, le point sur le soulagement est sûrement celui sur lequel ils se rejoignent mais par des moyens opposés en lien avec la dignité de la vie puisque les uns la suppriment, les autres l'accompagnent jusqu'à son terme naturel.

Présentés comme cela, ces trois arguments dépeignent la vitrine du projet de loi sur l'aide à mourir et séduisent l'opinion publique sans laquelle le vote de la loi serait compromis. Euthanasie et suicide assisté sont présentés comme des solutions qui libèrent l'individu des inquiétudes liées à la fin de vie, notamment celle d'avoir à affronter des souffrances physiques ou psychiques insurmontables. Si ces inquiétudes sont fondées et légitimes, elles ne légitiment pas l'administration de la mort.

- b. Etape 2 : L'assouplissement de la loi et l'élargissement de son application

Ici, nous observons un phénomène commun aux pays qui ont légalisé l'euthanasie et le suicide assisté depuis au moins 10 ans. Il n'y en a aucun qui n'ait pas davantage libéralisé l'accès à ces pratiques en levant les contraintes et/ou en élargissant l'assiette des bénéficiaires.

Nous avons précédemment évoqué le cas des Pays bas, celui du Canada n'est pas moins évocateur, l'extension a été ouverte en mars 2021 à toute personne atteinte d'une affection grave et incurable et qui souhaite mourir, le critère de « mort raisonnablement prévisible » a

⁵⁸ Dubois O. Le droit à la mort : les enjeux éthiques et juridiques de l'euthanasie. www.fopenitentiaire.fr, le 20 février 2023.

été retiré du texte. Des dérives n'ont pas tardé à être constatées⁵⁹. Suite à cette loi canadienne, trois experts de l'ONU ont exprimé leur inquiétude rappelant que le handicap est avant tout « un aspect universel de la condition humaine » et que « la proportion de personnes en situation de handicap frappées par la pauvreté est sensiblement plus élevée » que la moyenne et qu'une « protection sociale insuffisante pourrait d'autant plus rapidement mener ces personnes à vouloir mettre fin à leur vie, par désespoir⁶⁰ ». On revient donc sur le critère de la condition financière et/ou sociale des candidats. Au Canada, au lieu d'aider les plus vulnérables, il s'agit de les orienter vers l'euthanasie.

En 2014, La Belgique a ouvert l'euthanasie aux mineurs atteints d'une maladie incurable et sans limite d'âge. On retrouve le témoignage d'une trentenaire Shanna⁶¹ qui demande l'euthanasie en raison des souffrances liées à sa maladie (syndrome d'Ehlers Danloss) et au manque de protection sociale qui lui permettrait d'accéder à des soins adaptés. Découragée par le système et le manque de revenus pour vivre décemment, elle demande la mort. Là aussi le critère financier est encore un facteur décisionnel.

En Espagne, L'euthanasie passive et l'assistance au suicide ont été dépénalisés en 1995, puis le 17 décembre 2020, l'Espagne est devenue le 6ème pays au monde à autoriser l'euthanasie active. Manuel Martínez-Sellés, cardiologue à l'hôpital Gregorio Marañón (Madrid) et président du Collège des médecins, constate un « changement important » dans la relation médecin-patient []. Il craint que la loi sur la fin de vie n'ouvre la porte à une situation incontrôlable, en octroyant l'euthanasie aux mineurs ou aux patients atteints d'un trouble psychiatrique⁶² ».

Aux Etats-Unis, le 4 novembre 2008, l'État de Washington adopte le *Death with Dignity Act* légalisant le suicide assisté. En 2023, un amendement élargit l'accès au suicide assisté, avec deux changements significatifs : 1. le personnel médical qualifié (Physician Assistants & Advanced Registered Nurse Practitioners - ARNP) est autorisé à prescrire le produit létal ; 2. les établissements de santé et hospices doivent désormais publier leur politique en matière d'aide à mourir afin de permettre un accès plus équitable au suicide assisté⁶³. »

Sur la question de l'euthanasie et du suicide assisté, les évolutions légales se libéralisent davantage, ouvrant l'accès à un nombre de bénéficiaires toujours croissant. C'est un constat récurrent parce qu'il s'agit d'un système qui s'auto-alimente : l'ouverture à l'euthanasie créé

⁵⁹ Raikin A. No other options. Newly revealed documents depict a Canadian euthanasia regime that efficiently ushers the vulnerable to a “beautiful” death. www.thenewatlantis.com, 16 december 2022.

⁶⁰ Quin G, De shutter O, Malher C. Disability is not a reason to sanction medically assisted dying – UN experts. www.ohchr.org, 25 january 2021.

⁶¹ <https://www.sudinfo.be/id716618/article/2023-09-22/le-temoignage-bouleversant-de-shanna-38-ans-et-gravement-malade-qui-ne-voit-plus>

⁶² Gènéthique. Euthanasie : trois ans après la légalisation, un premier bilan sur la loi espagnole. www.genethique.org, le 28 mai 2024.

⁶³ Roux C. (dir). Fin de vie, euthanasie, suicide assisté. Retours d'expérience de pays étrangers pour légiférer en connaissance de cause. Paris, mai 2024.

une demande qui ouvre la porte du désespoir et l'entretient, ainsi le nombre de personnes passant à l'acte augmente irrémédiablement. C'est un cercle vicieux : « si l'euthanasie a tant de succès, c'est que ce doit être la bonne solution » se disent certains ; la mort programmée fonde « sa clientèle » sur le désespoir et entretient le désespoir. Sinon comment expliquer la vertigineuse croissance du suicide (non assisté) aux Pays-Bas alors que les statistiques sont stables chez son voisin allemand qui n'a pas autorisé l'euthanasie⁶⁴. Nous tempérons cependant ce phénomène par le fait que l'Allemagne dispose d'une politique de prévention des suicides qui n'est pas aussi bien développée aux Pays-Bas.

Le tableau ci-dessous (cf. étape 3) montre l'explosion de l'aide à mourir dans les pays l'ayant dépénalisée, le cas du Canada est fulgurant, sa législation étant la plus libérale. Il est possible de recevoir l'AMM le jour même dès lors que deux professionnels de santé donnent leur accord⁶⁵.

c. Etape 3 : La réduction des soins palliatifs jugés plus compliqués à mettre en œuvre que les produits létaux

Il existe une autre conséquence prévisible à la mise en œuvre d'une politique d'aide à mourir, elle réside dans la facilité de mise en œuvre de l'euthanasie / suicide assisté par rapport aux soins palliatifs. Et cette facilité de mise en œuvre influence à la fois la décision du patient et celle du personnel médical.

Les soins palliatifs requièrent du personnel qualifié et s'accomplissent dans la durée. Un patient reste environ 18 jours en soins palliatifs⁶⁶, avant de réintégrer un service d'oncologie, de rentrer à son domicile ou avant de décéder. Les soins palliatifs font intervenir plusieurs professionnels de santé pour un retour dans un service hospitalier ou à domicile. Le taux de sortie en soins palliatifs est cependant faible, environ 10% (retour en service hospitalier ou au domicile si la personne est suivie à l'hôpital ou dans une unité de soins palliatifs).

Selon les cas, on mobilise un médecin, du personnel infirmier, un psychologue...

La procédure d'accès à l'euthanasie notamment est particulièrement réduite dans certains pays comme le Québec ou la Belgique. S'il pouvait initialement y avoir un délai de 15 jours (ou plus) de réflexion avant la réalisation d'une euthanasie pour un patient qui remplit toutes les conditions légales, l'intervention de plusieurs médecins ou professionnels pour valider la décision de mettre fin à ses jours ; dans la pratique les délais peuvent être beaucoup plus courts.

Parfois des délais de 48h sont aujourd'hui observés, ce qui semble inconcevable au regard d'une décision aussi grave et définitive. La démarche euthanasique en Belgique est

⁶⁴ Boer T. op. cit, 2022.

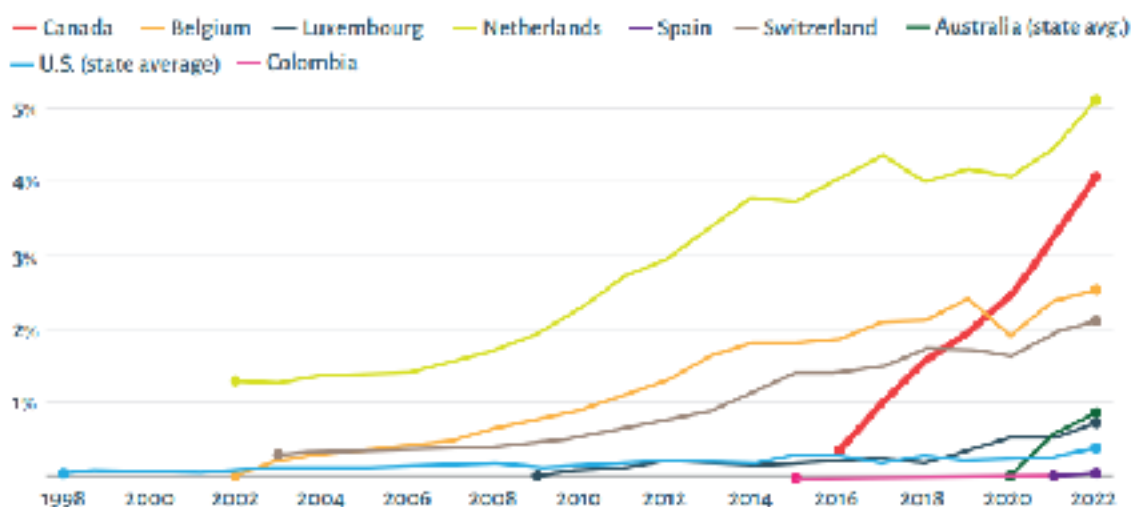
⁶⁵ Lemmens T. Comment expliquer l'explosion de la pratique d'euthanasie au Canada ? In Roux C. (dir). Fin de vie, euthanasie, suicide assisté. Retours d'expérience de pays étrangers pour légiférer en connaissance de cause. Paris, mai 2024.

⁶⁶ Elsan. Soins palliatifs : journée mondiale 2024. www.elsan.care, 9 octobre 2024.

disponible sur le site des autorités de santé publique⁶⁷ et l'ADMD⁶⁸ belge propose également aux médecins le protocole de mise en œuvre intitulé « L'euthanasie en pratique⁶⁹ ». A la lecture du document, on comprend que les contraintes sont très limitées et que l'euthanasie peut être réalisée en un temps record.

Donc aller au plus facile, c'est favoriser la pratique de l'euthanasie, C'est le cas au Canada où elle représente 99,9% de l'aide à mourir, la courbe rouge qui est celle du Canada montre une croissance exponentielle de l'euthanasie facilitée par une législation très libérale.

Part de décès par "aide à mourir" sur le total des décès, par an pour chacun des pays étudiés



Australian states with MAid are Tasmania, Victoria and Western Australia. U.S. states are California, Colorado, Hawaii, Maine, New Jersey, New Mexico, Oregon, Vermont and Washington, as well as the District of Columbia.

Source: GOVERNMENT DATA, COLLECTED AND ANALYZED BY MASIH KHALATBARI TORONTO STAR GRAPHIC

- d. Etape 4 : Dans les structures hospitalières : de la nécessité de libérer des lits pour raison économique

Madeleine Estryng-Behar et al. expliquent dans un article publié dans *Médecine Palliative* que « ce modèle (des soins palliatifs) d'organisation devrait être étendu aux autres spécialités de la médecine. Pourtant, on ne peut qu'être préoccupé par l'évolution actuelle de

⁶⁷ <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie>

⁶⁸ Association pour le droit de mourir dans la dignité (partisans de l'euthanasie et du suicide assisté).

⁶⁹ ADMD Belgique. L'euthanasie en pratique. Publication destinée aux médecins. E-forum EOL, Edition 2019. https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Entretiens_Semaine/2019/Damas_brochure.pdf?t=1553244822

l'organisation des soins qui privilégie le fonctionnement, les tâches et les enjeux économiques à court terme⁷⁰ ».

Autrement dit les soins palliatifs vont à l'encontre de la logique financière de l'hôpital et des services de soins qui doivent s'adapter aux restrictions budgétaires et au manque de moyens. Un malade occupe un lit, ce qui a un coût. Les actes chirurgicaux rapportent de l'argent à l'hôpital et l'occupation d'un lit s'optimise par le choix des interventions (un coefficient à l'acte définit les montants qui seront reversés à l'hôpital par la Sécurité sociale) et la limitation du temps d'hospitalisation, d'où la réduction optimisée des jours post-opératoires à l'hôpital. Les patients retournent chez eux parfois avec un risque de complication, mais s'il y a une nouvelle hospitalisation, c'est une nouvelle entrée avec une tarification plus avantageuse pour l'hôpital (que si le patient y reste).

L'occupation d'un lit d'hôpital par une personne en fin de vie est source de manque à gagner pour l'établissement. Plus le séjour est long pour une prise en charge en soins palliatifs, plus l'hôpital perd de l'argent et plus il se fera rappeler à l'ordre par sa tutelle, à commencer par l'Agence régionale de santé (ARS).

L'injection létale permet de libérer un lit et d'y installer un patient (plus rentable). La pratique euthanasique passive qui est une pratique courante dans les hôpitaux français sert aussi à réguler le taux d'occupation des lits, ces derniers étant couplés à la rentabilité de l'occupant. Dans le fonctionnement actuel de l'hôpital français, la tarification à l'acte dite T2A influence indirectement la gestion hospitalière, c'est une source de conflit entre les gestionnaires et les médecins. Le modèle économique ne favorise pas l'accompagnement des personnes en fin de vie.

De manière indirecte, l'aide à mourir devient de facto un outil de gestion économique des dépenses de santé, notamment en milieu hospitalier. Il paraît assez clair que la légalisation de la pratique aura plusieurs conséquences :

- L'augmentation rapide du nombre d'euthanasies / suicides assistés en milieu hospitalier (et à domicile).
- La réduction des délais de mise en œuvre, probablement dans un second temps une fois que la pratique sera rodée.
- La réduction des coûts liée à l'occupation des lits par des personnes en fin de vie.
- Les soins palliatifs ne se développent pas (limités à un nombre de jours) ou s'amenuisent progressivement dans le milieu hospitalier pour des raisons de rentabilité. La pratique de l'euthanasie se substitue progressivement aux soins palliatifs autant à l'hôpital qu'à domicile pour des raisons de facilité de mise en œuvre et de coût.

⁷⁰ Estryn-Behar et al. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en oncohématologie et en gériatrie », Médecine palliative, vol. 11, 2012 : 7.

e. Etape 5 : La gestion de la fin de vie par l'Intelligence artificielle (IA)

Comme dans tous les pays ayant déjà légalisé l'euthanasie et le suicide assisté, la logique économique devrait rapidement et de facto prendre le pas, à savoir que le suicide assisté (ou l'euthanasie) est moins coûteux que les soins palliatifs, soit 6 à 7000€ en Belgique ou au Pays Bas⁷¹.

Sachant que la gestion des soins hospitaliers et des soins de santé en général va être de plus en plus opérationnalisée avec l'aide de l'intelligence artificielle, « l'IA va en fait couvrir tous les domaines : partie administrative, gestion des ressources humaines et activités de soins y compris les soins non programmés. L'ensemble du système de soins sera donc impacté par le numérique et l'intelligence artificielle⁷² ». Selon l'OMS, les personnes âgées de 80 ans et plus devraient tripler entre 2020 et 2050 dans le monde pour atteindre 426 millions de personnes⁷³ et il existe déjà une littérature foisonnante sur la réduction des coûts de santé grâce à l'intelligence artificielle⁷⁴ considérée comme la solution d'optimisation des dépenses de santé. D'un autre côté, les dépenses de santé par habitant dans les pays de l'OCDE devraient augmenter de 67% en 2050, ce qui est considérable. Il s'agit d'une conséquence directe du vieillissement de la population, mêlée aux "efforts déployés" pour guérir les malades, car "les personnes survivent plus longtemps, ont besoin d'un traitement plus long et peuvent contracter à nouveau un cancer⁷⁵".

Avec l'aide de l'IA, la pression économique sur la gestion hospitalière devrait être accentuée, c'est l'ensemble de notre système de santé qui sera redessiné. L'optimisation des pratiques dans une logique économique soulève la question de la déshumanisation des soins, la rentabilité étant le maître mot dans un contexte de déficit chronique et croissant de la Sécurité sociale.

Dans un contexte où les économies budgétaires sont urgentes, les tableaux de bord produits par l'IA pourraient contribuer à faire disqualifier les soins palliatifs jugés moins performants (critères d'efficacité) et plus coûteux que l'euthanasie dans une logique d'analyse coût-bénéfice. Si l'IA reste un outil pratique et utile, elle deviendra progressivement un référentiel décisionnaire axé sur la performance et la réduction des coûts. Dans ce cas, l'euthanasie reste imbattable d'autant plus que les économies budgétaires induites sont potentiellement importantes (cf. supra).

⁷¹ <https://www.zen-obseques.fr/euthanasie-suicide-assiste#:~:text=D'ailleurs%20chez%20nos%20voisins,entre%203500%20et%204500%20%E2%82%AC>.

⁷² Clausener M. Hôpital : l'IA en plein développement. www.weka.fr, le 6 janvier 2025.

⁷³ OMS. Vieillesse et santé. www.who.int, le 1^{er} octobre 2024.

⁷⁴ Al Kuwaiti et al. A Review of the Role of Artificial Intelligence in Healthcare. *J Pers Med*. 2023 Jun 5;13(6):951

⁷⁵ TD/AFP. Cancer : d'ici à 2050, les dépenses de santé par habitant devraient bondir de 67% au sein de l'OCDE. www.tf1info.fr, 21 novembre 2024.

11 - La T2A ou la tarification à l'acte qui ne joue pas toujours en faveur des soins palliatifs

C'est en 2004 que la rémunération calculée sur la base d'une Tarification à l'activité (T2A), entre en vigueur en France. Nous nous posons la question de savoir si cette tarification est intéressante pour inciter les établissements à se tourner vers les soins palliatifs. Certains actes rapportent plus que d'autres et dans une logique où hôpitaux et Ehpad sont soumis à de fortes contraintes budgétaires, sont-ils intéressés au développement des soins palliatifs ?

Avec la T2A, les soins palliatifs entrent dans un barème et un groupe homogène de malades (GHM) auquel est attribué un coût moyen qui dépend du nombre et du prix des actes nécessaires à la prise en charge ainsi qu'une durée moyenne de séjour. C'est ce calcul qui permet à l'assurance maladie de définir les montants reversés aux structures de soins.

Si les systèmes de financement de la santé n'étaient pas parfaits en France avant 2004, celui-ci n'est pas davantage satisfaisant car la rémunération à l'activité pousse à effectuer plus d'actes, ou à choisir des actes mieux rémunérés. On constate donc un effet de sélection adverse qui affecte la gestion hospitalière, certains actes étant plus rémunérateurs que d'autres.

Comme l'indique l'avis 108 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) de 2009 sur le financement des soins palliatifs⁷⁶ « plus les séjours sont courts, plus ils sont rentables. Les séjours courts sont donc privilégiés par les gestionnaires [...] cette politique des établissements hospitaliers est source de fortes pressions sur les médecins à qui sont, notamment, reprochées des durées moyennes de séjour toujours trop longues ». Le rapport du CCNE précise aussi que « l'utilisation de la durée moyenne de séjour (DMS), soit 3 jours et 30 jours associés à des forfaits standards fait qu'un lit occupé par un séjour de 15 jours rapporte 3 fois moins à la structure hospitalière que 3 séjours de 5 jours ; au-delà du 35^{ème} jour, le forfait journalier versé est inférieur au coût journalier du patient pour l'établissement de santé ». Sachant que la durée moyenne d'une prise en charge en soins palliatif est de 18 jours⁷⁷, on comprend que cette activité n'offre pas toujours une « bonne rentabilité ».

La T2A dans le domaine des soins palliatifs est-elle incitative pour les établissements hospitaliers ? Le CCNE semble affirmer que c'est le cas en rappelant cependant que la Cour des comptes avait relevé des dérives dans le système, notamment un effet d'aubaine, en classant des prises en charge dans le GMH des soins palliatifs alors qu'ils ne devraient pas y figurer.

Le rapport soulève également que « la trop grande pression exercée sur le nombre de lits opérationnels, et la diminution corrélative des personnels nécessaires nuit également au bon

⁷⁶ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, avis n°108 sur les questions éthiques liées au développement et au financement des soins palliatifs, 12 nov. 2009
www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis_108.pdf

⁷⁷ Cette information varie selon les sources, une autre évoque 12 jours.

fonctionnement des lits identifiés soins palliatifs et des unités de soins palliatifs ». C'était en 2009 et la pression sur les lits s'est accentuée depuis, pression à laquelle il faut ajouter la pénurie de personnel soignant.

L'autre question qui se pose est de savoir quel barème de financement (T2A) recevront l'euthanasie et le suicide assisté qui finiront par être des procédures courtes et donc potentiellement intéressantes sur le plan financier pour les établissements d'accueil. Cette décision est imminemment politique car elle impactera également le recours aux soins palliatifs.

A travers la présentation de ces éléments, on comprend que les conditions de réalisation des différentes options proposées dans la loi sur l'aide à mourir ne sont pas équitables et que la logique financière qui régit notre système de santé devrait être plus favorable à l'euthanasie et au suicide assisté qu'aux soins palliatifs.

L'IA, précédemment évoquée, pourrait encore accentuer cette dérive en la systématisant dans la gestion opérationnelle des établissements de soins.

12- Le renforcement des soins palliatifs, une priorité négligée

En France, les soins palliatifs ont été mis en place dans les années 90 mais n'ont pas été suffisamment financés par les autorités publiques ni développés par manque de moyens, c'est ce qu'affirment de nombreux écrits. La Cour des comptes, dans son rapport de 2023⁷⁸, mentionne que seuls 50% des besoins sont couverts, qu'il y a un manque de lits pour les soins palliatifs alors que la demande augmente d'année en année ou encore que 2% seulement des médecins généralistes sont formés aux soins palliatifs. Cela signifie aussi que les soins palliatifs pourtant intégrés à l'obligation du développement professionnel continu (DPC) des médecins, ne sont pas ou peu suivis. Ces derniers résistent culturellement à une approche jugée défaitiste ou dit autrement à une reconnaissance de leur impuissance à guérir le patient⁷⁹.

Si les soins palliatifs font l'unanimité – au contraire de l'aide à mourir qui divise l'opinion publique et le personnel soignant – ils ont été négligés et n'ont pas fait l'objet d'un plan national pendant 5 ans sur la période 2016-2020. La reprise d'une programmation fut effective avec le 5ème plan national 2021-24, puis le lancement d'une stratégie décennale annoncée en 2024 avec un budget de 1,1 milliards d'euros, soit en moyenne 110 millions par an. Ce qui fait dire à Marie de Hennezel, psychologue spécialisée sur l'accompagnement de

⁷⁸ Cour des comptes. Les soins palliatifs, une offre de soins à renforcer. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Paris, juillet 2023.

⁷⁹ N. Barthélémy et al. Résistance des soignants à la mise en pratique des soins palliatifs : construction d'un modèle causal. Médecine palliative 2008, vol. 7, n° 5 : 251-259.

Les auteurs de la recherche conduite en Belgique constatent une résistance des médecins face à « la problématique du choix, la confrontation avec la finitude et les limites de la puissance ».

fin de vie : « je m'interroge sur les priorités sociétales au regard des 1,4 milliard d'euros engagés pour nettoyer la Seine⁸⁰ ». Pour un événement qui aura duré trois semaines, on peut légitimement se questionner sur la priorité donnée à des effets de vitrine sans lendemain. Cette programmation budgétaire décennale pour les soins palliatifs⁸¹ reste très insuffisante au regard des objectifs qu'elle se fixe⁸² et des enjeux d'une couverture nationale, il n'est point besoin d'être expert en programmation budgétaire pour faire ce constat.

Au-delà des effets d'annonce, y-a-t-il en France une volonté politique de développer les soins palliatifs ? D'un point de vue financier – puisque c'est l'angle d'analyse de ce dossier – les soins palliatifs permettent de réaliser des économies sur les soins de santé de fin de vie par rapport à une prise en charge hospitalière classique, les analyses publiées à l'étranger ne manquent pas (cf. supra). Cependant elles ne permettront jamais de réaliser les économies budgétaires périphériques obtenues par la mort prématurée du patient, économies qui vont bien au-delà des seuls soins de santé (cf. supra) et nous mettons en garde le législateur sur des conflits d'intérêts latents.

Face à une situation d'économie budgétaire urgente, on comprend dès lors l'intérêt soudain de dépénaliser l'aide à mourir et de sous-financer une politique de soins palliatifs qui ne génère pas de grosses économies budgétaires parce qu'elle ne réduit pas le temps de vie du patient. Comme l'affirme Théo Boer pour son pays (Pays bas) : « Je doute que mon pays aurait légalisé l'aide à mourir si nous avions eu, à l'époque des premiers débats sur le sujet, le niveau de soins palliatifs que nous avons aujourd'hui⁸³ ». Autrement dit une politique de soins palliatifs adaptée et financée à hauteur des besoins ne permettrait pas de faire passer une loi sur l'aide à mourir et en cascade ne permettrait pas de réaliser des économies budgétaires dont le potentiel ne semble pas avoir été évalué (officiellement). Il est surprenant de ne pas trouver d'études économiques – à notre connaissance – qui n'évaluent pas le potentiel des économies réalisées par l'Etat (ou des organismes privés comme les mutuelles de santé par exemple). En revanche, on devine qu'elles peuvent être importantes si une loi permissive comme l'est le projet Falorni, permet d'atteindre des taux de mort administrée de 15% comme c'est le cas actuellement dans certaines régions des Pays Bas ou du Québec.

Il serait par ailleurs intéressant pour cela de disposer d'une analyse plus précise que celle actuelle du Canada ou des Pays Bas sur les motivations qui poussent les demandeurs d'euthanasie à passer à l'acte dans un contexte légal qui dépasse la simple problématique de la fin de vie.

⁸⁰ De Hennezel M. Accepter le lâcher-prise comme un moment de grâce. In Choisir la vie, publication de l'association « Les Bruyères associées », octobre 2024.

⁸¹ <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/lancement-de-la-strategie-decennale-des-soins-d-accompagnement>

⁸² Notamment passer d'une prise en charge palliative actuelle de 190 000 patients / an à 440 000.

⁸³ Boer T. 2022, op. cit.

13- Quelles solutions proposer en conciliant santé publique, dignité humaine et contraintes budgétaires ?

Jean Marc Sauvé fait preuve d'une certaine lucidité. A propos du volet « soins palliatifs », il indique que « c'est la bonne conscience du projet de loi pour atténuer ou désarmer les objections sur le suicide assisté et l'euthanasie. Mais les annonces sur le financement des soins palliatifs sont des promesses que l'on réitère depuis vingt-cinq ans, tandis que le suicide assisté et l'euthanasie seront d'application immédiate. Les soins palliatifs s'affaissent partout où la mort administrée s'étend ».

Ce constat est très juste et vient confirmer ce que nous indiquons avec des arguments de politique budgétaire. Les soins palliatifs ne sont pas la priorité et ne l'ont jamais été en France. Ils représentent une passerelle, une justification pour l'instauration d'une politique euthanasique présentée comme (faussement) complémentaire des soins palliatifs. Et c'est probablement la raison pour laquelle François Bayrou a annoncé qu'il souhaitait séparer le volet soins palliatif et aide à mourir dans la loi, ce qui lui vaut une forte opposition des partisans de l'euthanasie⁸⁴ qui souhaitent pouvoir associer le mot euthanasie à celui de « soin ».

A partir de ce constat et des éléments qui ont été développés dans ce rapport, la recommandation prioritaire consiste à faire ce qui aurait dû être fait depuis 30 ans : se donner les moyens de mettre en place les soins palliatifs en France, pour cela il faudra un budget en conséquence. Cela ne signifie pas qu'il y aura systématiquement des coûts additionnels, en évitant notamment :

- La surmédicalisation de certaines prises en charge (obstination déraisonnable) et notamment les « chimiothérapies compassionnelles » qui ont le mérite d'accompagner le malade et sa famille jusqu'au bout mais qui n'ont pas d'efficacité thérapeutique tout en épuisant le patient qui arrive en soins palliatifs (lorsque c'est possible) dans un mauvais état général physique et psychologique. L'accompagnement vers une sobriété thérapeutique reste une phase délicate pour certains patients et leur famille, il ne s'agit en aucun cas d'un abandon mais d'un accompagnement adapté de manière à limiter la pénibilité de la maladie.

Et en favorisant :

- Le recours aux soins palliatifs plus tôt dans le parcours de soins (ce qui améliore aussi l'efficacité),
- L'accès aux soins palliatifs dans tous les départements et un nombre de lits suffisant,
- La formation du personnel soignant aux soins palliatifs,
- Une tarification valorisante (T2A) pour favoriser le développement des soins palliatifs,

⁸⁴ ADMD. Texte de loi : il n'est pas question de scinder le texte sur la fin de vie ! www.admd.net, le 22 janvier 2025.

- Les soins palliatifs à domicile et en Ehpad (par une meilleure reconnaissance de la place des aidants) et le développement d'équipes de soins mobiles sachant que la majorité des personnes souhaite terminer leurs jours chez eux plutôt qu'à l'hôpital. Mourir chez soi ne devant pas se traduire par « moins de soins ou moins d'aide ». Par ailleurs, la demande de la personne malade de vivre ses derniers instants chez elle ne peut pas toujours être assumée par les proches malgré la mise en place de réseaux de soignants libéraux.
- L'adaptation des soins palliatifs à différents types de souffrance et d'âge : santé mentale, handicap, maladies chroniques, maladies pédiatriques...
- La rationalisation des soins de santé,
- Le maintien de la hausse de la CSG/CASA⁸⁵ dans un contexte où la pression fiscale et la question du financement des retraites reste sensible.

Concernant la question du conflit d'intérêt sur le volet de l'aide à mourir (euthanasie et suicide assisté), il existe un risque présumé élevé. Le manque d'études ne permet pas d'être affirmatif, cependant tous les paramètres dévoilent un conflit d'intérêt sur les avantages budgétaires de l'Etat à légiférer sur la dépénalisation de l'aide à mourir. Cela est observé dès qu'un élargissement des critères d'inclusion est proposé au-delà du seul critère de la fin de vie. Nous recommandons que des études indépendantes puissent être conduites dans les domaines suivants :

- Montrer comment l'élargissement de l'assiette des bénéficiaires de l'aide à mourir (qui ne se limite pas aux « fins de vie » mais à un panel élargi de souffrances physiques, psychiques, morales, sociales et économiques) provoque un effet pervers du système et encourage les personnes les plus vulnérables à un acte suicidaire/ euthanasique.
- La recherche indépendante des motivations des candidats à l'euthanasie, les motifs de leur souffrance et les critères qui guident leur acte de demande euthanasique (et pas seulement sur la base des informations du prescripteur qui est souvent à la fois juge et partie prenante du processus, en autocontrôle).
- Décrire et analyser le risque de glissement d'une politique indirecte d'élimination des plus vulnérables dans la mise en œuvre de l'euthanasie, en opposition avec le contrat social jusque-là appliqué dans le monde occidental (analyse des résultats par pays qui ont mis en œuvre ces politiques depuis plusieurs années).
- Evaluer les économies budgétaires réalisées (ou projetées) par les pays qui appliquent une politique euthanasique couplée à la proportion de la population utilisant l'euthanasie et le suicide assisté. Vérifier s'il existe une corrélation entre les

⁸⁵ La contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) sert à financer la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées. Elle est prélevée sur le montant de certains avantages de vieillesse et d'invalidité versés aux personnes domiciliées en France. La Casa est prélevée au taux de 0,3 % sur les retraites / pensions d'invalidité / allocations de préretraite.

candidats au suicide, leur problème financier et les aides sociales directes ou indirectes dont ils bénéficient.

Ces études préliminaires devraient d'une part aider à comprendre les dérives constatées dans les pays qui ont déjà mis en place l'euthanasie et le suicide assisté, d'autre part permettre d'évaluer le risque réel de conflit d'intérêt du législateur sur les questions d'économie budgétaire résultant d'une banalisation (élargissement de l'assiette des bénéficiaires) de l'euthanasie.
